



Número: **0078083-95.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **08/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EVENILSON DA SILVA GOMES (AUTOR)		VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
73168925	05/01/2021 11:10	ANEXO 1	Outros (Documento)

Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **EVENILSON DA SILVA GOMES**

Nº Sinistro: **3180521167**

Vítima: **EVENILSON DA SILVA GOMES**

Data do Acidente: **17/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA**

Assunto: **AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180521167**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13572969

Pag. 01789/01790 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **EVENILSON DA SILVA GOMES**

Nº Sinistro: **3180521167**
Vítima: **EVENILSON DA SILVA GOMES**
Data do Acidente: **17/06/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180521167**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência ilegível
- Boletim de ocorrência ilegível

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00319/00320 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13575353



Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **EVENILSON DA SILVA GOMES**

Sinistro: **3180521167**
Vítima: **EVENILSON DA SILVA GOMES**
Data do Acidente: **17/06/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA**

Assunto: **INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180521167** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01127/01128 - carta_02 - INVALIDEZ

00060564



Carta nº 13676526





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do seguro ou ASL: _____ CPF da vítima: 118.066.974-67 Nome completo da vítima: EUEWILSON DA SILVA GOMES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 845/2012

Nome completo: EUEWILSON DA SILVA GOMES CPF: 118.066.974-67
Profissão: RECEISSION Endereço: RUA VERACORRE ANTONIO BEZERRA Número: 30 Complemento: _____
Bairro: SANTA LUZIA Cidade: GAMELEIRA Estado: PE CEP: _____
E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

Ostentarei, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

REDA MENSAL:
☐ INCLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☒ Bradesco (257) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0882 6 CONTA: 17093 3 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que não impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenizações do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Nela motivo a ausência do pedido de providenciamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões. Percepções desfavoráveis de acidente de trânsito, conforme Lei nº 1.947/74, art. 1º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordar da sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou assinatura (verificar)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Autorizo a Seguradora Líder pagar, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a todos os beneficiários que se apresentarem e prestarem a devida condição, estando quem, ainda, de que qualquer união ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Assinatura da vítima ou beneficiário

Local e Data: GAMELEIRA - PE 31/10/16

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RDO

EUEWILSON DA SILVA GOMES

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Promotor (se houver)

TESTEMUNHAS 05.802.494/0001-41

1ª Nome: TRACÃO CORRETORA
CPF: DE SEGUROS LTDA

05/NOV/2016

2ª Nome: Rua da Aurora, Nº 175, 51 902 BL. C
CPF: Bos Vista - CEP: 50.065-010

RECIFE-PE
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não habilitado deverá encerrar outra pessoa habilitada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 MAR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 076ª CIRCUNSCRIÇÃO - GAMELEIRA -
DP76ªCIRC DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0166000473**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/10/2018** às **09:29**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **17/08/2018** às **12:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GAMELEIRA, 91 - Bairro CENTRO - GAMELEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **EM A BARBEARIA DE SAMUEL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 NOV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, 5L 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HOUVE AUTORIA (AUTOR) AGENTE |
JOSÉ EDSON DOS SANTOS SILVA FILHO (TESTEMUNHA)
EVENILSON DA SILVA GOMES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): EVENILSON DA SILVA GOMES

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

EVENILSON DA SILVA GOMES (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe
SUELENE CRISTINA DA SILVA Pai: ENILSON GOMES DA SILVA Data de Nascimento:
18/11/1997 Nacionalidade: BRASILEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 8288931/000/PE
(RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª, GRAU COMPLETO Profissão: OUTRAS
PROFISSÕES
Endereço Residencial: RUA AMOS BEZERRA LEITE, 30 - CEP: 5 - Bairro: SANTA LUZIA -
GAMELEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL

NÃO HOUVE AUTORIA (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: NÃO
INFORMADO Pai: NÃO INFORMADO Data de Nascimento: 1/1/1998 Nacionalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade:
DESCONHECIDO

JOSÉ EDSON DOS SANTOS SILVA FILHO (presente no plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: SUELENE CRISTINA DA SILVA Pai: ENILSON GOMES DA SILVA Data de
Nascimento: 20/11/1997 Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil:

26/10/2018 09:3



SOLTEIRO(A) Esquadrão 2º, GRAU COMPLETO
Endereço Residencial: RUA AMOS BEZERRA LEITE, 28 - CEP: 6 - Bairro: SANTA LUZIA -
GAMALEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

VEÍCULO (VEÍCULO), que existe em posse do(s) Sr(s): **EVENILSON DA SILVA GOMES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAM K6** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEH888 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **251829433**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018**

Complemento / Observação

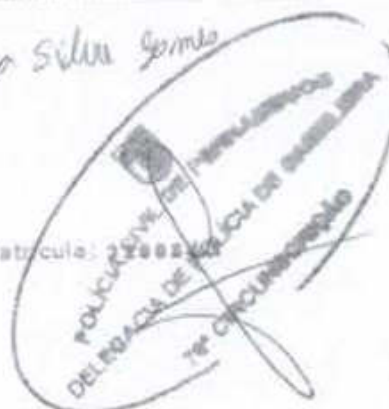
SENHOR DELEGADO, A VITIMA INFORMOU QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA QUANDO, DE REPENTE, UM ANIMAL (CÃO) PASSOU EM SUA FRENTE LEVANDO, COM ISSO, A UMA MANOBRA DIFÍCIL, O QUE PROVOCOU A SUA CAÍDA NO LITO DA VIA. LOGO APÓS O FATO, A VITIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DESTA CIDADE QUE, DE PRONTO, O CONDUZIU PARA O HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES, CONFORME PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO 238126.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

EVENILSON DA SILVA GOMES
(VITIMA)

JOSÉ EDSON DOS SANTOS SILVA FILHO
(TESTEMUNHA)

B.O. registrado por: **PAULO ROBERTO DA SILVA** - Matrícula: **2982**



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 N°V 7019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

26/10/2018 09:12





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 076ª CIRCUNSCRIÇÃO - GAMELEIRA -
DP76ªCIRC DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0166000473**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/10/2018** às **09:29**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **17/8/2018** às **12:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GAMELEIRA, 01 - Bairro: CENTRO - GAMELEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: EM A BANHEIRA DE SAMUEL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HOUVE AUTORIA (AUTOR AGENTE)
JOSÉ EDSON DOS SANTOS SILVA FILHO (TESTEMUNHA)
EVENILSON DA SILVA GOMES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): EVENILSON DA SILVA GOMES

05.802.494/0001-11
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 NOV 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

EVENILSON DA SILVA GOMES (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SUELENE CRISTINA DA SILVA Pai: EMILSON GOMES DA SILVA Data de Nascimento: 18/11/1987 Naturalidade: RIBEIRÃO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9259931/9DS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: OUTRAS PROFISSÕES
Endereço Residencial: **RUA ANOS BEZERRA LEITE, 30 - CEP: 8 - Bairro: SANTA LUZIA - GAMELEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO HOUVE AUTORIA (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: NÃO INFORMADO Pai: NÃO INFORMADO Data de Nascimento: 1/1/1988 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

JOSÉ EDSON DOS SANTOS SILVA FILHO (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SUELENE CRISTINA DA SILVA Pai: EMILSON GOMES DA SILVA Data de Nascimento: 28/11/1987 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO

26/10/2018 09:



SOLTEIRO(A) Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO**
Endereço Residencial: **RUA AMOS BEZERRA LEITE, 38 - CEP: 8 - Bairro: SANTA LUZIA -**
GAMELEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

VEÍCULO (VEICULO), que estava em posse do(s) Sr(s): **EVENILSON DA SILVA GOMES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN KE** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEH8698** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **281629433**
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016**

Complemento / Observação

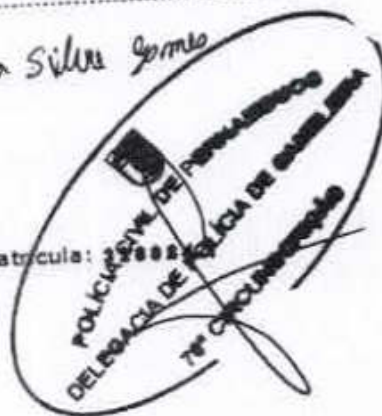
SENHOR DELEGADO, A VÍTIMA INFORMOU QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA QUANDO, DE REPENTE, UM ANIMAL (CÃO) PASSOU EM SUA FRENTE LEVANDO, COM ISSO, A UMA MANOEIRA DIFÍCIL, O QUE PROVOCOU A SUA CAÍDA NO LEITO DA VIA. LOGO APÓS O FATO, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DESTA CIDADE QUE, DE PRONTO, O CONDUZIU PARA O HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES. CONFORME PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO 238128.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

EVENILSON DA SILVA GOMES
(VÍTIMA)

JOSÉ EDSON DOS SANTOS SILVA FILHO
(TESTEMUNHA)

B.O. registrado por: **PAULO ROBERTO DA SILVA** - Matrícula: **25882**



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 NOV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

26/10/2018 09:2





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha este tipo(s) de cobertura: ☐ DABS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

AP do evento no ASL: _____ CPF da vítima: **118.066.974-67** Nome completo da vítima: **EUEVILSON DA SILVA GOMES**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **EUEVILSON DA SILVA GOMES** CPF: **118.066.974-67**

Profissão: **SECURIST** Endereço: **RUA VEREADE ANTONIO BEZERRA** Número: **30** Complemento: _____

Bairro: **SANTA LUZIA** Cidade: **GAMELEIRA** Estado: **PE** CEP: _____

E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

REDA MENSAL: ☒ INCLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ R\$10.001,00 ATÉ R\$50.000,00 ☐ R\$50.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (344) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todas as contas)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0882** **6** CONTA: **17093** **3**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/embolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda à região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atenda à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda à região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Fato motivo excluído, solicito o prosseguimento da análise da minha perda da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às Cartas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 2º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de indenização, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separa-se judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☒ Não Se tiver filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (ou nascidos)? ☐ Sim ☒ Não Vítima deixou órfão(s) vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e apresentarem esta declaração, exceto parente, ainda de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Local e Data: **GAMELEIRA PE 31/10/18**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina a RODO

EUEVILSON DA SILVA GOMES

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS 05.802.494/0001-41

1º Nome: **TRACÃO CORRETORA**

CPF: **DE SEGUROS LTDA**

0.5.1000.2719

2º Nome: **Rua de Aurora, Nº 175, St. 902 Bl. C**

CPF: **Boa Vista - CEP: 50.060-010**

RECIFE-PE

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não habilitado deverá escolher uma pessoa autorizada, física e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprovando-se a idoneidade do interessado no conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Pernambuco **HRP**

Data do Atendimento: 17/05/2018 Hora: 13:29:33

Prontuário: 238136

Colaborador: KATIAYD

Ido Atendimento: 745123

Urgência / Emergência

CNS: 702400553158224

Prioridade: AMARELO - URGÊNCIA

Sexo: Masculino

Nome: **EVENILSON DA SILVA GOMES**

Data de Nascimento: 1991/1997 Idade: 21 Anos 4 Meses e 29 Dias C.I.: ENILSON GOMES DA SILVA

País ou responsáveis: SUELENE CRISTINA DA SILVA

Endereço: RUA VEREADOR AMOS BEZERRA LEITE 30 - SANTA LUZIA - 55530000

Cidade: GARANHATINS Tel: 51 99739095 Hora do Atendimento: 1 Hs

Queixa Principal: *Paciente repórter de dor de mudo hoje
logo recomeça logo depois
Dor em pulso
logo depois*

Exame Físico: A: Geral via aérea está pervia? ☒ SIM ☐ NÃO ☐ O paciente fala? ☒ SIM ☐ NÃO ☐ Temperatura: ☐

B: Respiratório: ☐

C: Circulatório: ☐

D: Exame Neurológico: Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐
Glasgow: Abertura Ocular: ☐ Glasgow: Resposta Verbal: ☐ Glasgow: Resposta Motora: ☐

Escore: Hora: Escora: Hora: Escora: **05.802.494/0001-43**

E: Abdomen: *pt* **TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA**

Diagnóstico inicial: *fratura distal lateral lateral* **05 NOV 2019**

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica **Rua da Aurora, Nº 125, SL 902 BL C**

Exames Solicitados: 2 - Especialidade *foto pulso no MID* **Boa Vista - CEP 50.060-010**

Tratamento / Procedimentos: *o caso amarelo-
colocar em lista de transpôr* **RECIFE-PE**

Queixa Principal Relacionada à Classificação de Risco: *(NIF)*

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO COM QUEIXA DE DOR E EDEMA EM TORNOZELO DIREITO

Alergia: *UPM*

Observação: *15/05/19*

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, HAS / DM / SA / TB / HIV

Evolução de Enfermagem: *Exame físico
Apresenta limbo amarelo*

Destino do paciente: ☐ Alta para casa ☐ Encaminhamento ao Ambulatório ☐ Internação ☐ Alta a Pedido

Transferência para outra unidade: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Condição do Paciente: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Enfermeira - Carimbo e Assinatura: *[Assinatura]* **Carimbo e Assinatura**

Enfermeira: *[Assinatura]* **Carimbo e Assinatura**

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EVENILSON DA SILVA GOMES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00882-6

CONTA: 0000000017093-3

Nr. Autenticação

BRDESCO2112201805000000000023700882000000017093168750 PAGO



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
 RUA DO SERRA, 111, BOA VISTA
 RECIFE, PERNAMBUCO
 CEP 50045-000
 CNPJ 10.938.832/0001-08
 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0003943-02



celpe
 Grupo Nucleonergy
 www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/03
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 6142
 Ouvidoria 0800 282 6899
 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
 Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE
 NARCIS ASSIS ALBUQUERQUE DE CARVALHO F.
 CPF: 145.886.224-53

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 PC FERNANDES VIEIRA 21 B
 JARDIM ATLANTICOQUINUA
 53142-205 OLINDA-PE

As informações geradas pelo Sistema de Faturamento (Sistema ANEEL-PRONTIDÃO) servem apenas para fins de controle e não substituem a fatura emitida pelo concessionário de energia elétrica.

DATA DE VENCIMENTO
24/10/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
402,44

CLASSIFICAÇÃO
 B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico

RESERVAÇÃO AO FISCO
 2004.51F4.7D30.178A.912C.6F89.C48C.FF14

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
 17/10/2018

DATA APROVAÇÃO
 17/10/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL
 035046126

CONTA CONTRATO
 00702759778

Nº DO CLIENTE
 201808829

Nº DA INSCRIÇÃO
 0003943-02

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo 2018 (MWh)	478,00	8,70000000	415,86
Atividade Residencial VERMELHA			53,49
Contrib. Rur. Pólisia Municipal			15,38
ICMS Substituição-COS-AP 027892267-15/00/15			5,12
TOTAL DA FATURA			490,85

INFORMAÇÕES DE IMPOSTOS

IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	415,86	20,79
PIS	415,86	1,04
COPIS	415,86	1,04
TOTAL		22,87

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

PERÍODO	CONSUMO (MWh)	VALOR (R\$)
01/10/2018 a 31/10/2018	478,00	415,86

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo 2018 (MWh)	478,00	8,70000000	415,86
Atividade Residencial VERMELHA			53,49
Contrib. Rur. Pólisia Municipal			15,38
ICMS Substituição-COS-AP 027892267-15/00/15			5,12
TOTAL DA FATURA			490,85

INFORMAÇÕES DE IMPOSTOS

IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	415,86	20,79
PIS	415,86	1,04
COPIS	415,86	1,04
TOTAL		22,87

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

PERÍODO	CONSUMO (MWh)	VALOR (R\$)
01/10/2018 a 31/10/2018	478,00	415,86

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo 2018 (MWh)	478,00	8,70000000	415,86
Atividade Residencial VERMELHA			53,49
Contrib. Rur. Pólisia Municipal			15,38
ICMS Substituição-COS-AP 027892267-15/00/15			5,12
TOTAL DA FATURA			490,85

INFORMAÇÕES DE IMPOSTOS

IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	415,86	20,79
PIS	415,86	1,04
COPIS	415,86	1,04
TOTAL		22,87

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

PERÍODO	CONSUMO (MWh)	VALOR (R\$)
01/10/2018 a 31/10/2018	478,00	415,86

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo 2018 (MWh)	478,00	8,70000000	415,86
Atividade Residencial VERMELHA			53,49
Contrib. Rur. Pólisia Municipal			15,38
ICMS Substituição-COS-AP 027892267-15/00/15			5,12
TOTAL DA FATURA			490,85

INFORMAÇÕES DE IMPOSTOS

IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	415,86	20,79
PIS	415,86	1,04
COPIS	415,86	1,04
TOTAL		22,87

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

PERÍODO	CONSUMO (MWh)	VALOR (R\$)
01/10/2018 a 31/10/2018	478,00	415,86

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo 2018 (MWh)	478,00	8,70000000	415,86
Atividade Residencial VERMELHA			53,49
Contrib. Rur. Pólisia Municipal			15,38
ICMS Substituição-COS-AP 027892267-15/00/15			5,12
TOTAL DA FATURA			490,85

INFORMAÇÕES DE IMPOSTOS

IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	415,86	20,79
PIS	415,86	1,04
COPIS	415,86	1,04
TOTAL		22,87

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

PERÍODO	CONSUMO (MWh)	VALOR (R\$)
01/10/2018 a 31/10/2018	478,00	415,86

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo 2018 (MWh)	478,00	8,70000000	415,86
Atividade Residencial VERMELHA			53,49
Contrib. Rur. Pólisia Municipal			15,38
ICMS Substituição-COS-AP 027892267-15/00/15			5,12
TOTAL DA FATURA			490,85

INFORMAÇÕES DE IMPOSTOS

IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	415,86	20,79
PIS	415,86	1,04
COPIS	415,86	1,04
TOTAL		22,87

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

PERÍODO	CONSUMO (MWh)	VALOR (R\$)
01/10/2018 a 31/10/2018	478,00	415,86

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo 2018 (MWh)	478,00	8,70000000	415,86
Atividade Residencial VERMELHA			53,49
Contrib. Rur. Pólisia Municipal			15,38
ICMS Substituição-COS-AP 027892267-15/00/15			5,12
TOTAL DA FATURA			490,85

INFORMAÇÕES DE IMPOSTOS

IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	415,86	20,79
PIS	415,86	1,04
COPIS	415,86	1,04
TOTAL		22,87

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

PERÍODO	CONSUMO (MWh)	VALOR (R\$)
01/10/2018 a 31/10/2018	478,00	415,86

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo 2018 (MWh)	478,00	8,70000000	415,86
Atividade Residencial VERMELHA			53,49
Contrib. Rur. Pólisia Municipal			15,38
ICMS Substituição-COS-AP 027892267-15/00/15			5,12
TOTAL DA FATURA			490,85

INFORMAÇÕES DE IMPOSTOS

IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	415,86	20,79
PIS	415,86	1,04
COPIS	415,86	1,04
TOTAL		22,87

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

PERÍODO	CONSUMO (MWh)	VALOR (R\$)
01/10/2018 a 31/10/2018	478,00	415,86

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo 2018 (MWh)	478,00	8,70000000	415,86
Atividade Residencial VERMELHA			53,49
Contrib. Rur. Pólisia Municipal			15,38
ICMS Substituição-COS-AP 027892267-15/00/15			5,12
TOTAL DA FATURA			490,85

INFORMAÇÕES DE IMPOSTOS

IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	415,86	20,79
PIS	415,86	1,04
COPIS	415,86	1,04
TOTAL		22,87

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

PERÍODO	CONSUMO (MWh)	VALOR (R\$)
01/10/2018 a 31/10/2018	478,00	415,86



Viver sem fronteiras

Nota Fiscal - Fatura de Serviços de Telecomunicações
Número: 000.802.041-JA
TIM Celular S.A.
Av. General Glicério, 7143-São Paulo-SP
CNPJ: 04.308.080/0001-80 - I.E.: 116.049.103.113
CNPJ da Matriz: 04.308.080/0001-80

Página 1 de 4

Cliente: 1.1299545
CPF/CNPJ: 118.096.974-67
Emissão: 03/10/2018 - Postagem: 13/10/2018
Referência: out/18 - Período: 05/09/2018 a 02/10/2018
Débito Automático: 1125954501-2

EVANILSON DA SILVA GOMES
RUA VEREADOR AMOS BEZERRA LEITE, 30
SANTA LUZIA
5300-000 GABELEIRA PE

VALOR
R\$ 154,00

DATA DE VENCIMENTO
25/10/2018



"T.M." é marca dos serviços de telecomunicações do Grupo TIM no Brasil

Entenda Melhor a sua conta TIM acessando na Internet o link http://www2.tim.com.br/planoes/pop_entenda_sua_conta.htm

Nº do Celular: (81)99745-6889

	QUANTIDADE	Nº DIAS	TRIBUTOS	VALOR
01 MENSALIDADES E FRANQUIAS				
02 Pacote TIM BRASIL 120 min	1	28	30% - ICMS	154,00
				154,00
03 PACOTES				
04 Pacote TIM BRASIL 120 min - (81)99745-6889	120	-	-	-
05 Pacote VIAGEM 40 min - (81)99745-6889	40	-	-	-
06 Pacote Dados 800 KB - (81)99745-6889	800,00 KB	-	-	-
07 Pacote 90 TIM TORPEDOS - (81)99745-6889	90	-	-	-
08 Pacote TIM FOTOMENSAGENS - (81)99745-6889	90	-	-	-
	QUANTIDADE			VALOR
09 CHAMADA DENTRO DA REDE TIM				
10 Chamada Local para Outro Celulares	10	20m00s	30% - ICMS	0,00
11 Chamada Local para Telefones Fixos	25	63m24s	30% - ICMS	0,00
12 Chamada de Acesso *100	12	09m08s	30% - ICMS	0,00
13 TOTAL TIM				154,00

Reservado ao Fisco: 20FF.7B5C.8DA3.5A5D.7AC3.9C54.13B0.8FEC

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETOKA
DE SEGUROS LTDA
26 NOV 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.065-010
RECIFE-PE

IMPOSTO	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST: R\$ 0,54	Sugestões? Comentários? Ligue Grátis *144 de seu celular ou acesse www.tim.com.br
ICMS	30%	R\$ 154,00	R\$ 46,20	FUNTEL: R\$ 0,37	

As contribuições ao FUST (1%) e FUNTEL (0,5%) não são repassadas às tarifas.



Para sua comodidade, cadastre sua conta em débito automático utilizando o número de identificação de Débito automático indicado neste boleto.

NOME DO CLIENTE
EVANILSON DA SILVA GOMES

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO	MES DE REFERÊNCIA	MES DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR
1125954501-2	out/18	03/10/2018	25/10/2018	R\$ 154,00



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Scanned with CamScanner

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR Inscrito (a) no CPF sob o Nº 076.711.374 / 80, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ERICKILSON DA SILVA GOMES Inscrito (a) no CPF sob o Nº 118.066.974 / 67, do sinistro de DPVAT cobertura 144061302 da Vitima ERICKILSON DA SILVA GOMES, Inscrito (a) no CPF sob o Nº 1, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
PRAÇA FERNANDES VIEIRA		21-3	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
JARDIM ATLANTICO	OLINDA	PE	
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
		1812997109292	

OLINDA-PE de 10 de 18
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 NOV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Alucio Rufino da Silva

RG nº 3199112, data de expedição 19.08.2005

Órgão SDS, portador do CPF nº 521.274.944-15, com

residência na cidade de SAUPEIRA, no Estado de PARANÁ

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) AV. VILADOR ANTONIO BEZERRA FETE nº 54

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima WILSON DA SILVA GOMES, cujo o condutor era WILSON DA SILVA GOMES

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA CG 125 FAN KS
Ano: 2010
Placa: PEH-0505
Chassi: 9C7CH110A2068066

Data do Acidente: SAUPEIRA - 17 Junho 2018

Assinatura do Declarante: Alucio Rufino da Silva

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 nov 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP-50.060-010
RECIFE-PE



Pernambuco **HRP**

Data do Atendimento: 17/06/2018 Hora: 13:29:33 PRONTUÁRIO: 236136
 No. Atendimento: 745123 Urgência / Emergência Colaborador: KATIAYDIS
 Prioridade: AMARELO - URGÊNCIA ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA CNS: 702400990199524
 Sexo: Masculino

Nome: **EVENILSON DA SILVA GOMES** Idade: 21 Anos, 4 Meses e 29 Dias C.I.:
 Data de Nascimento: 19/01/1997 / ENILSON GOMES DA SILVA
 País ou responsável: SUELENE CRISTINA DA SILVA
 Endereço: RUA VEREADOR AMCK BEZERRA LEITE 30 - SANTA LUZIA - 55530000
 Cidade: GAMELEIRA Tel: 81 998735095 Hora do Atendimento: 1 Hs

Queixa Principal:
*Acidente supra ao andar de metrô hoje
 lesão no tornozelo direito
 Dor no pé direito
 lesão perfurante*

Exame Físico:
 A. Geral: vis. geral esta pervia? ☒ SIM ☐ NÃO ☐ O paciente fala? ☒ SIM ☐ NÃO ☐ Temperatura:
 B. Respiratório:
 C. Circulatório:
 D. Exame Neurológico: Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐
 Glasgow: Abertura Ocular Glasgow: Resposta Verbal Glasgow: Resposta Motora
 Escora: Hora: Escora: Hora: Escora: Hora: Escora: 05.802.494/0001-41
 E. Abdomen: TRACÇÃO CORRETORA
 Diagnóstico Inicial: *fratura distal lateral lateral* DE SEGUROS LTDA
 Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica 05/06/2019
 Exames Solicitados: 2 - Especializados *foto gessada MTD* Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
 Boza Vista - CEP 50.060-010
 RECIFE-PE
 Tratamento / Procedimentos:
*1 - gesso amarelo
 2 - elevação em lista de transpêndula*
 Queixa Principal Relacionada a Classificação de Risco:
 PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO COM QUEIXA DE DOR E EDEMA EM TORNOZELO DIREITO (MIE)
 Alergia:
 Observação: *UPM*
 NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, HAS / DM / PA / MIE /
 Evolução de Enfermagem: *Exame físico
 18/06/18
 18/06/18
 18/06/18*

Destino do paciente: ☒ Alta para casa ☐ Escamotamento ao Ambulatório ☐ Internação ☐ Alta a Pedido
 Transfêrencia para outra unidade: ☐ Local ☐ Outros ☐
 Continuidade do Paciente: ☐ Hospitalizado ☐ Internado ☐ Placado

Enfermeira - Carimbo e Assinatura: *[Assinatura]* Médico - Carimbo e Assinatura: *[Assinatura]*
 CREA PE 17.540
 TEOT 13439



Armino Moura
HOSPITAL GERAL

Paciente: **EVENILSON DA SILVA GOMES** (1815537)

Admissão: 287241

Procedência: **ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)**

Enfermaria:

Leito:

Unidade de Internação: **013 - Ortopedia/Traumatologia**

Data: **24/07/2018**

RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

Declaro para fins de prova que o paciente, **EVENILSON DA SILVA GOMES** é portador do diagnóstico:
«**FRATURA PLANALTO TIBIAL DIR + FRATURA PATELA DIREITA**».

CID: «**S821+S820**»

PACIENTE SUBMETIDO A CIRURGIA DE OSTEOSSINTESE COM PLACA, PARAFUSOS E FIO KIRSCHNER
HÁ 30 DIAS DEVENDO PERMANECER AFASTADO DO TRABALHO ATÉ RECUPERAR CAPACIDADE
LABORAL/FUNCIONAL.

ENCAMINHO PARA AVA LIAÇÃO PERICIAL INSS.

Deverá permanecer afastado de suas atividades trabalhistas por um período de 90 (NOVENTA) dias, a partir
desta data, segue em acompanhamento ambulatorial.

Moreno, 24/07/2018

JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA - CREMEPE: 15595

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

OBS: Documentos originais para o INSS

01 - Cópia autenticada para a empresa

01 - Cópia simples fica com o paciente

Esta declaração está sendo emitida eletronicamente ao paciente e/ou ao responsável legal, mediante solicitação do mesmo.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 24/07/2018 às 19:04

Dr. JUAZ SEBASTIAN LIMA E LIMA
CRM: 15595

05.802.494/0001-41
CORREÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05/07/2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 27/06/2018 10:36

Alergias: 284322 Entrada: 19/08/2018 Hora: 09:50
Admissão: LEITO 02
Plano: SUS - DEMANDA
Responsável:
Médico Resp: MARCELO CORREA DE ARAUJO LARRAZABAL

Enfermaria: ENFERMARIA 05
Permanência: 8 Dias, 00 horas
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 702400593198824

Paciente: 1615317 EVENILSON DA SILVA GOMES
Nascimento: 19/01/1997 (21 Anos e 5 Meses)
Endereço: RUA VEREADOR AMOS BEZERRA LEITE
Bairro: SANTA LUZIA C.E.P.: 55530-000
Cidade: 2605905 GAMELEIRA
País: ENILSON GOMES DA SILVA
Mãe: SUELENE CRISTINA DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 11806897467
Identidade: 9259931 - SDS - PE
Telefone: / 998739095
E-mail:
Ocupação: ESTUDANTE
Naturalidade: RIBEIRAO

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Dr. 18/06/2018 17:22

CONSULTA NA URGÊNCIA - (Dr. GAIAS CAVALCANTE FERNANDES CRM 19552)

queixa do paciente:

ACIDENTE TRAZIDO DO HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES COM FRATURA DE PLANALTO TIBIAL JOELHO DIREITO.
CAMES DE IMAGEM COM PACIENTE NÃO MOSTRAVAM FRATURA... EXAMES DE OUTRAS ARTICULAÇÕES.
ITO NOVO INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO COM O PACIENTE EXAME FÍSICO ADEQUADO, IDENTIFICADO DOR E
MITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO DIREITO.
SOLICITADO RX EM NOSSA INSTITUIÇÃO, IDENTIFICAMOS A FRATURA

ame física:

diagnóstico:

FRATURA DE PLATO TIBIAL

recomendação/Conduta:

Horário/Checkagem

DEVOLVO PACIENTE PARA TAC	
PODERÁ REINTERNAR POSTERIORMENTE APÓS EXAME E VERIFICAÇÃO DE MATERIAL DE SÍNTESE ADEQUADA PARA O CASO	

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05/06/2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

avaliação:

exames utilizados: (Enfermagem/Imobilização)

COMANDA:

Hospital Memorial Armindo Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Av. Cinto Campelo, S/n - Moreno-PE

Página 1 de 2



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 27/06/2018 10:36

Atendimento: 254322 Entrada: 15/06/2018 Hora: 09:58
Acomodação: LEITO 02
Plano: SUS - DEMANDA
Responsável:
Médico Resp: MARCELO CORREA DE ARAUJO LARRAZABAL

Enfermaria: ENFERMARIA 05
Permanência: 8 Dias, 00 horas
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 702400583195524

Paciente: 1615317 EVENILSON DA SILVA GOMES
Vencimento: 19/01/1997 (21 Anos e 5 Meses)
Endereço: RUA VENEZADOR AMOS BEZERRA LEITE
Bairro: SANTA LUZIA C.E.P. 55530-000
Cidade: 2505905 GAMELEIRA
País: ENILSON GOMES DA SILVA
Mãe: SUELENE CRISTINA DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDOS
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 11806697467
Identidade: 9259931 - SDS - PE
Telefone: / 998730095
G. Instrução:
Ocupação: ESTUDANTE
Naturalidade: RIBEIRÃO

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

15/06/2018 - 17:22

CONSULTA NA URGÊNCIA (Dr. ILAIAS CAVALCANTE FERNANDES CRM 19952)

Justificativa do paciente:

ACIDENTE TRAZIDO DO HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES COM FRATURA DE PLATÔ TIBIAL JOELHO DIREITO. XAMES DE IMAGEM COM PACIENTE NÃO MOSTRAVAM FRATURA... EXAMES DE OUTRAS ARTICULAÇÕES. ÉITO NOVO INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO COM O PACIENTE EXAME FÍSICO ADEQUADO, IDENTIFICADO DOR E MITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO DIREITO. QUOTADO RX EM NOSSA INSTITUIÇÃO, IDENTIFICAMOS A FRATURA

Exame físico:

Hipótese diagnóstica:

FRATURA DE PLATÔ TIBIAL

Prescrição/Conduta:

	Horário/Checkagem
1- DEVOLVO PACIENTE PARA TAC	
1- PODERÁ REINTERNAR POSTERIORMENTE APÓS EXAME E VERIFICAÇÃO DE MATERIAL DE SÍNTESE ADEQUADA PARA O CASO	
1-	
1-	

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 NOV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Avaliação:

Terminais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização)

COMANDA:

Hospital Memorial Armindo Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Av. Celso Campelo, S/N - Moreno-PE

Página 1 de 2



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	17/06/2018	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	17/06/2018
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: EVENILSON DA SILVA GOMES			
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: # FRACTURA PLATO TIBIAL E PATELA DO JOELHO DIREITO			
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA): # Tratamento cirúrgico redução cruenta + OSTEOSINTESE DE FRACTURA PLATO E PATELA			
ALTA MÉDICA?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	05.802.494/0001-41 TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
EXISTE ALGUM DEFETO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCRIVER:	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	05 NUN 9099
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: 1. A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DO TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> 2. A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.			Rua da Aurora, Nº 175 - SL 902 BL. C Vista - CEP: 50.060-010 RECIFE-PE

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1. Membro Superior Direito - Defeito Funcional ± 75%
2.
3.
4.
5.

NÚMERO QUE ASSINA EM AVALIAÇÃO A VÍTIMA NO PERÍODO DE 26/10/18	26/10/18
LOCAL: Escada	DATA: 26/10/18

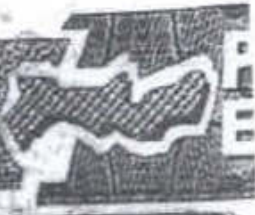
João Ricardo P. Parruci
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 1142

João Ricardo P. Parruci
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 1142





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME
EVENILSON DA SILVA GOMES



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
9259931 SDS PE

CPF
118.066.974-67

DATA NASCIMENTO
19/01/1997

FILIAÇÃO
ENILSON GOMES DA SILVA
SUELENE CRISTINA DA SI
LVA

PERMISSÃO
PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
07021871403

VALIDADE
19/03/2019

1ª HABILITAÇÃO
19/03/2018

OBSERVAÇÕES
EAR

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
05 NOV 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Evenilson da Silva Gomes

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
PALMARES, PE

DATA EMISSÃO
20/03/2018

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

81126115462
PE082522022

PERNAMBUCO



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1564441607



PROIBIDO PLASTIFICAR

1564441607

Scanned with CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 013934806050

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

MARCA	LOGO MARCA	CATEGORIA	EXERCÍCIO
1	045120433	VEICULO +	1978

NOME: _____

ABRILIO MOUTIRO DA SILVA

IDENTIFICATIVA EM: _____

CNPJ/CPF	PLACA
001 074 384-15	DEPINOR

LUGAR DE ORIGEM	Cidade
LAUREL DA BOM	LAUREL DA BOM

ESPÉCIE TIPO	COMPLEMENTO
FAN / INDICADORA	

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO LICEN
REDA-12 175 FAN 63	1978	1978

CNPJ/CPF	CATEGORIA	CNPJ/CPF
001 074 384-15	FAN 63	001 074 384-15

COTA ÚNICA	MENS. CONTR. ÚNICA	VENC. CONTR. ÚNICA
1234 5678 901234		1234 5678 901234

FABRIL/PLA	INSCRIÇÃO/PLA
12345678	12345678

PREÇO LICENÇA ÚNICA	PREÇO CONTR. ÚNICA	DATA DE PAGAMENTO
1234 5678 901234	1234 5678 901234	1234 5678 901234

SECTORA / TRAJE: _____

CHAVE: _____

Ass. 2TH OF VIANESES DA SILVA

CARTÃO DE REGISTRO	DATA
001 074 384-15	05/12/78

[illegible]

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180521167 **Cidade:** Gameleira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EVENILSON DA SILVA GOMES **Data do acidente:** 17/06/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do platô tibial direito e patela direita

Descrição do exame médico pericial: Ao exame: Marcha claudicante (+/++++), redução moderada da flexão do joelho direito.

Resultados terapêuticos: Quadro submetido a osteossíntese com placa e parafusos no platô tibial e fios de kirschner na patela. Realizou fisioterapia da qual teve alta há 3 meses.

Sequelas permanentes: Deficit funcional moderado (50%) em joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/12/2018

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em joelho direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Médico examinador: ANDREA RODRIGUES MADEIRA

CRM do médico: 19953

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180521167

Nome do(a) Examinado(a): EVENILSON DA SILVA GOMES

Endereço do(a) Examinado(a): RUA VER AMOS BEZERRA LEITE, 30 -
GAMELEIRA/PE - CEP 55530-000

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 9259931 - SDS PE

Data e Local do Acidente : 17/06/2018 - Gameleira PE

Data e Local do Exame : 18/12/2018 AVENIDA DR PEDRO JORDÃO, 1252 -
CARUARU/PE

Resultado da Avaliação Médica

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no
acidente relatado e comprovado.**

Fratura do platô tibial direito e patela direita.

**II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da
alta.**

Quadro submetido a osteossíntese com placa e parafusos no platô tibial e fios
de kirschner na patela. Realizou fisioterapia da qual teve alta há 3 meses.

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao
diagnóstico relatado.**

Ao exame: Marcha claudicante (+/++++), redução moderada da flexão do
joelho direito.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente
trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** [X] Sim [] Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a
qualquer medida terapêutica)?** [X] Sim [] Não

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais
permanentes) resultantes do acidente:**

dano funcional do Joelho direito

**VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74,
modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal
permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em
caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos
definitivos em cada segmento corporal acometido.**

**a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o
enquadramento no campo das observações (*).**



Vide motivo do impedimento no
campo das observações

() "Vítima em tratamento" Esta
avaliação médica deve ser repetida
em _____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente
decorrentes de acidente de trânsito
que não sejam suscetíveis de
amenização proporcionada por
qualquer medida terapêutica)

**b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações
que sejam relativas às regiões corporais acometidas.**

Região Corporal

joelho direito

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

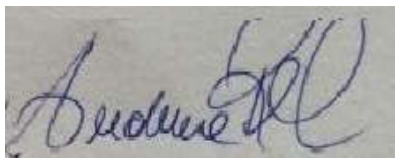
Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

**VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao
exame médico e/ou a valoração do dano corporal.**



ANDREA RODRIGUES MADEIRA CRM : 19953 / UF :PE



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: EUVENILSON DA SILVA GOMES

Id: 9259931

CPF: 118.066.974-67

End: RUA VEREADOR AMOS BEZERRA LEITE, 30, SANTA
LÚZIA, GARMECINHA-PE

Outorgado: LUIS VINÍCIUS ALVES SEPULVEDA

Id: 8.317.129

CPF: 076.711.374-80

End: PC FERNANDES VIEIRA, 21-3, JARDIM ATLÂNTICO,
OLINDA-PE

Nomelo meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente ao SEGURO DPVAT, que figura como vítima EUVENILSON DA SILVA GOMES,
CPF: 118.066.974-67

07/08/2018 de _____ de _____

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 NOV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



EUVENILSON DA SILVA GOMES

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0402852/18

Número do Sinistro: 3180521167

Vítima: EVENILSON DA SILVA GOMES

CPF: 118.066.974-67

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/06/2018

Titular do CPF: EVENILSON DA SILVA GOMES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA : 076.711.374-80

Comprovante de residência

EVENILSON DA SILVA GOMES : 118.066.974-67

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/11/2018
Nome: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA
CPF: 076.711.374-80

LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2018
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

